

D^r André BUTET

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

821

*N^o le 23 Mars 1912
à Chantilly Oise*

Diplôme d'Etat

**Le Traitement
médical, curatif, ambulatoire
des Hémorroïdes**

Pres. M. le Prof Larmet

1939

D^r André BUTET

Externe en premier des Hôpitaux de Paris

**Le Traitement
médical, curatif, ambulatoire
des Hémorroïdes**



A MES PARENTS

A MON ONCLE

*en témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de ma respectueuse
gratitude pour sa bienveillance à
accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ HOVELACQUE

In memoriam

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

Monsieur le Professeur F. Bezançon

Monsieur le Professeur Grégoire

Monsieur le Professeur Lévy-Valensi

EXTERNAT

Monsieur le Professeur agrégé P. Brocq

Monsieur le Docteur R.-A. Marquezy

Monsieur le Docteur Courcoux

Monsieur le Docteur Paul Halbron

EXTERNAT EN PREMIER

Monsieur le Professeur P. Mocquet

Monsieur le Professeur H. Vignes

Monsieur le Docteur R.-Ch. Monod

Monsieur le Docteur R.-A. Gutmann

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

A MADEMOISELLE LAURENT

Remerciements pour leur complaisance.

INTRODUCTION

Le traitement médical curatif ambulatoire est celui qui permet une guérison radicale des hémorroïdes sans interrompre une vie active normale, sans immobiliser le malade.

On élimine ainsi :

les traitements palliatifs, qui ne s'adressent qu'aux accidents;

le traitement chirurgical;

les traitements médicaux non ambulatoires.

HISTORIQUE

Hippocrate déjà traitait les hémorroïdes : il recommande de les exciser et même de les cautériser au fer rouge.

Toutes les époques voient naître de nouveaux procédés : outre les applications de pommades variées, on préconisa l'excision, la cautérisation, la ligature, les injections caustiques.

En 1871, Mitchell entreprit un traitement par les injections sclérosantes. Mais ce n'est que dans ces dernières années que ce traitement entra dans la pratique, à la suite des résultats obtenus par Roux (de Lausanne) et par les auteurs anglo-américains. En France, Bensaude adopta la méthode en 1920, et, dans les années suivantes, la perfectionna, donnant finalement sa préférence à l'injection sous-muqueuse de chlorhydrate double de quinine et d'urée.

Enfin, dernièrement, le traitement ambulatoire s'enrichit d'une méthode électrique par la diathermie.

PLAN DE CETTE ÉTUDE

Le traitement curatif ambulatoire comporte 2 méthodes médicales :

1° Traitement par les injections sclérosantes;

2° Traitement diathermique.

Mais, quelle que soit la méthode, le traitement local doit obligatoirement être associé à un traitement général, celui-ci guidé par la notion du terrain qui aura pu favoriser le développement des varices ano-rectales.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Une hygiène générale est très importante à observer, portant sur l'alimentation, car ils s'agit souvent de sujets gros mangeurs pléthoriques. On leur interdira les repas trop abondants et surtout comportant des aliments tels que : épices, sauces, charcuterie, gibier, coquillages, fromages fermentés et boissons alcooliques. On leur recommandera d'éviter les stations assises et au lit trop prolongées, d'éviter toute cause de congestion pelvienne, de s'adonner régulièrement aux exercices physiques.

Une hygiène intestinale stricte est capitale. Le plus souvent, il faudra lutter contre la constipation, par l'alimentation (légumes verts, fruits cuits), par les laxatifs huileux, les mucilages, à l'exclusion des laxatifs irritants, des purgatifs salins.

Certains auteurs (Rachet-Roux) ont insisté sur la fréquence relative de la diarrhée, de fermentation ou de putréfaction.

Le malade, porteur de varices hémorroïdaires, pourra bénéficier, comme tout variqueux, des médicaments classiques : intrait de marron d'Inde, extrait fluide d'hamamelis, teinture de cupressus, extraits fluide de ficaire (Leclerc), *per os* ou en suppositoires.

Dans certains cas, on se trouvera bien d'un traitement adjuvant opothérapique :

opothérapie hépatique;

opothérapie ovarienne chez des femmes atteintes de troubles menstruels.

De même, on remédiera aux troubles de la crase sanguine qu'on aura pu déceler.

Tel est le traitement général, qu'il faudra associer au traitement local : nous étudierons maintenant celui-ci.

TRAITEMENT LOCAL

Le traitement local curatif ambulatoire s'adresse à tous les sujets porteurs d'hémorroïdes, mis à part les contre-indications tirées :

soit de l'état général (asystoliques, cachectiques, grands névropathes);

soit de la cause des varices ano-rectales : il est capital d'insister sur l'absolue nécessité, avant d'entreprendre un traitement curatif, de s'assurer toujours que les hémorroïdes ne sont pas *secondaires* à une tumeur rectale ou pelvienne autre, ou à une cirrhose.

Dans tous les autres cas, le traitement curatif est indiqué.

Le traitement curatif ambulatoire est essentiellement assuré par les *injections sclérosantes*; le traitement a pour but de réduire ou de supprimer la circulation sanguine veineuse :

soit par injection intra-hémorroïdaire; c'est la méthode de Roux;

soit par injection dans le tissu sous-muqueux, immédiatement au-dessus du bourrelet hémorroïdaire, barrant au-dessus des hémorroïdes la circulation de retour; c'est la méthode de Bensaude.

Mais la première de ces méthodes, qui nécessite habituellement une anesthésie, locale ou générale, et entraîne une réaction douloureuse obligeant à un séjour au lit, n'est pas le plus souvent ambulatoire. La méthode des injections sus-hémorroïdaires, au contraire, est vraiment ambulatoire et, de plus, a le mérite de traiter à la fois l'hémorroïde

et l'anite qui l'accompagne. C'est cette méthode que nous décrirons en détail.

Indications. — Cette méthode s'applique uniquement aux hémorroïdes internes, et non aux hémorroïdes externes, où l'injection ne pourrait être qu'intra-hémorroïdaire. D'ailleurs, il est habituel de voir disparaître les accidents des hémorroïdes externes après traitement des hémorroïdes internes, qui leur sont de règle associées.

Elle doit être différée en cas d'hémorroïdes internes en poussée congestive aiguë.

Toutes les variétés d'hémorroïdes internes en sont justiciables, mais les *deux grandes indications fondamentales* sont :

d'une part, les hémorroïdes internes qui saignent, surtout dans les formes de couronne angiomateuse diffuse; d'autre part, les prolapsus réductibles.

Indications relatives. — La méthode s'adresse encore : aux hémorroïdes internes traitées par la chirurgie et ayant récidivé partiellement. La cure par les injections sus-hémorroïdaires vient en complément;

aux hémorroïdes internes douloureuses, à condition de ne pas faire le traitement en période de crise, qui doit être calmée par les soins locaux, et surtout les applications diathermiques;

aux hémorroïdes entraînant ou entretenant un prurit : il est bon, en effet, de supprimer les hémorroïdes, lorsqu'elles coexistent avec un prurit anal, avant d'envisager des thérapeutiques plus complexes.

Plus aléatoires sont les résultats de la méthode dans les hémorroïdes internes à prolapsus permanent chez des sujets au sphincter incontinent.

TECHNIQUE

Solution. — Nous employons la formule de Bensaude : solution aqueuse de chlorhydrate double de quinine et d'urée

à 5 p. 100 en ampoules stérilisées. On injecte 3 à 5 cm³ à chaque séance; injection parfaitement indolore.

Instrumentation. — Le matériel consiste en une seringue de 5 cm³, à laquelle on adapte un *embout* métallique assez long pour permettre d'atteindre la région sus-hémorroïdaire à travers l'anuscopie, et une *aiguille* fine, très courte, qui, à bout de course, ne dépasse pas la zone sous-muqueuse où l'on doit faire pénétrer le liquide.

Pour découvrir la zone à injecter, on utilise l'*anuscope* de Bensaude, taillé en biseau à son extrémité anale, et dont le maniement est facilité par l'existence d'un manche.

Manuel opératoire. — Le malade est mis en position genu-cubitale. L'anuscopie est introduit à fond de course, et c'est en retirant progressivement l'appareil qu'on découvre la zone immédiatement sus-hémorroïdaire rosée, se différenciant nettement du bourrelet violacé hémorroïdaire. Après un badigeonnage à la teinture d'iode, sans aucune anesthésie, l'aiguille est enfoncée complètement en direction oblique, et l'injection poussée lentement et sans effort. Si une résistance est perçue, c'est que l'aiguille a pénétré trop profondément : il suffit de la retirer légèrement.

Dans ces conditions, normalement se produit une distension locale légère au point correspondant. S'il apparaît une zone ischémique, c'est que l'injection a été trop superficielle, et on doit craindre la formation ultérieure d'une petite escarre.

L'injection terminée, on retire l'aiguille, d'un coup sec, et l'on touche légèrement le point de piqure à la teinture d'iode.

Les soins post-opératoires sont réduits au minimum. Tout au plus ordonne-t-on un repos de une demi-heure après la première séance, inutile ensuite s'il ne s'est rien produit d'anormal. Il n'y a pas lieu de conseiller l'usage d'un calmant ou d'un anesthésique, car il n'y a pas eu règle de réaction douloureuse. Il n'y a pas lieu non plus de

constiper le malade, ni de modifier son régime le jour du traitement.

Il s'agit donc bien d'un traitement ambulatoire.

Rythme général de la cure. — On répète les injections toutes les semaines. On choisit à chaque fois une zone différente, et il est commode d'utiliser un schéma en cadran horaire.

Les deux raphés, antérieur et postérieur, sont des zones à respecter, car douloureuses; on les encadre par des injections latérales.

La cure totale comporte six à douze injections, suivant l'abondance des hémorroïdes. Si la guérison complète n'est pas obtenue au bout de douze injections, on envisagera l'association d'une autre méthode, en particulier diathermique.

Résultats. — Mais, d'une façon générale, les résultats sont excellents.

Les *Hémorragies* sont, de beaucoup, les symptômes les plus modifiés, surtout dans les formes de couronne angiomateuse diffuse : il est de règle, alors, que la guérison soit rapide, totale et définitive.

Notons qu'on a pu même, à diverses reprises (Rachet), amener l'arrêt très rapide d'hémorragies graves par injection sus-hémorroïdaire d'emblée.

Par contre, dans les formes humorales à grosses varices, les injections sclérosantes peuvent être insuffisantes. Après une cure, s'il persiste des hémorragies, on entreprendra alors les coagulations diathermiques ambulatoires que nous verrons ultérieurement.

Dans certains cas, des hémorragies réapparaissent tardivement, après une phase plus ou moins longue de sédation complète. Ces *rechutes* peuvent tenir à un traitement sclérosant incomplet : on découvre alors une ou deux zones non sclérosées, aisément reconnues et traitées, car une nouvelle injection y est facilement poussée, contrastant avec la difficulté d'injecter une zone déjà sclérosée.

Enfin, en cas d'hémorragie persistant malgré traitement, sans qu'une cause locale l'explique, on pratiquera à nouveau un examen complet à la recherche d'une cause régionale ou générale, troubles de la crase sanguine en particulier.

Les prolapsus sont aussi très favorablement influencés par les injections sclérosantes. Au cours du traitement, le prolapsus diminue et se réduit progressivement, pour disparaître totalement après lui, souvent d'une manière définitive.

Par contre, dans les gros prolapsus avec perte de tonicité sphinctérienne, il ne faudra guère escompter qu'une amélioration transitoire par le traitement sclérosant.

Les Douleurs, qui sont fonction de la poussée congestive, de l'ulcération, du prolapsus, disparaissent après la cure sclérosante.

Le *Prurit* en rapport avec l'existence d'hémorroïdes cesse après leur disparition, ou diminue seulement, mais alors les autres tentatives thérapeutiques sont facilitées.

RÉSULTATS

Au total, le traitement par injections sclérosantes sous-muqueuses est le plus simple et semble bien le plus efficace des traitements curatifs. Les statistiques s'accordent à reconnaître 70 % environ de guérisons totales, 20 % d'améliorations notables.

Critiques de la méthode. — Des critiques ont été adressées à la méthode des injections sclérosantes. Mais, si des incidents sont possibles, ils sont toujours sans gravité, et tiennent d'ailleurs, pour la plupart, à une faute de technique.

On lui a reproché :

La longue durée du traitement, mais les malades préfèrent habituellement ce traitement ambulatoire au traitement radical en une séance, nécessitant une immobilisation et une anesthésie.

Une réaction douloureuse vive n'apparaît qu'à la suite

d'une faute : injection en période inflammatoire, injection en plein bourrelet hémorroïdal, ou injection trop superficielle.

La même faute (injection intra-muqueuse au lieu d'être sous-muqueuse) peut donner lieu à une *escarre*. Elle guérit d'ailleurs sans complication, mais il est bon de retarder l'injection suivante.

C'est encore à une faute dans la conduite du traitement qu'il faut attribuer l'apparition d'une *hémorragie* subite, parfois abondante, succédant, le jour même, à une injection sclérosante. Elle est due, en effet, à une injection dans le bourrelet hémorroïdaire, l'hémorragie se faisant par la brèche de la piqûre.

De plus, Rachet insiste sur le rôle de fautes d'hygiène, en particulier un abus alcoolique, dans le déclenchement d'hémorragies secondaires.

Quant à l'*hémorragie urinaire* qui a été observée, elle était due à une piqûre de l'urètre par une aiguille longue enfoncée au niveau du raphé antérieur.

Enfin, nous n'insisterons pas sur les tendances lipothymiques des sujets névropathes, mais nous signalerons l'intolérance possible, à la quinine, de certains malades.

Autres formules. — On peut alors s'adresser à d'autres formules.

Les auteurs américains préconisent la solution diluée :

Acide phénique.....	10 gr.
Eau distillée.....	} àà Q. S. P. 50 cm ³ .
Glycérine	

La méthode d'injection est semblable à celle de Bensaude, mais l'injection se fait par doses minimales, avec une seringue de Barthélémy, et, de plus, il faut veiller à ne laisser sourdre, par le point de piqûre, aucune goutte de ce liquide, sous peine de douleur et d'escarre.

On a utilisé encore la solution aqueuse de glucose à 50 %, non pas sus-hémorroïdaire, mais intra-hémorroïdaire, soit seule,

soit comme complément en cas d'échec partiel des injections sus-hémorroïdaires.

Quant à l'injection intra-hémorroïdaire de salicylate de soude, elle n'est pas véritablement une méthode ambulatoire, car elle nécessite une anesthésie, et, de plus, elle est d'une technique beaucoup plus délicate.

Telles sont les diverses méthodes de traitement ambulatoire curatif des hémorroïdes par les injections sclérosantes.

Une méthode ambulatoire peut encore être trouvée dans certains *Traitements électriques par utilisation des courants diathermiques*, mais, à vrai dire, son promoteur, J. Rachet, ne la considère que comme un complément du traitement par les injections sclérosantes sus-hémorroïdaires, « c'est-à-dire pour parachever la guérison en atteignant des hémorroïdes humorales que la méthode de Bensaude n'a pas suffi à modifier » (*Les Hémorroïdes: diagnostic, traitement*, par Jean RACHET. Pratique médicale illustrée, 1933).

Elle est réservée à la cure des varices humorales, des varices externes de certains prolapsus récidivants, et au traitement des varices mixtes à cheval sur le sphincter — mal influencées par les injections sclérosantes.

Cet auteur emploie la *diathermie monopolaire sans électrode indifférente* avec des courants très faibles, et ne traitant qu'une hémorroïde par séance.

La coagulation obtenue par cette méthode est excellente, et les résultats durables.

OBSERVATIONS

1^o Mme Louise M..., 56 ans.

Consulte le 28 octobre 1938, parce que, depuis un an, elle va sept à huit fois par jour à la selle, et qu'elle saigne à la défécation. Elle se sait porteuse d'hémorroïdes. L'examen révèle, en effet, la présence d'hémorroïdes; mais le toucher rectal décèle une tumeur de l'ampoule, très dure, et le toucher vaginal montre qu'il s'agit d'un cancer utérin propagé à la cloison recto-vaginale.

2^o M. Amédée R..., 56 ans.

Consulte le 20 janvier 1939, pour des hémorragies abondantes à la selle et entre les selles. Il a été opéré avant-guerre pour des hémorroïdes.

L'examen découvre une énorme couronne d'hémorroïdes humorales sur toute la hauteur du canal anal.

On pratique des injections sclérosantes sus-hémorroïdaires de chlorhydrate de quinine et d'urée, et, après la sixième, le 3 mars 1939, tout trouble a disparu.

3^e M. Jules T..., 53 ans.

Vient le 28 octobre 1932, pour des hémorragies rectales abondantes de sang rouge, se produisant au moment de la défécation.

La radioscopie montre une grosse hypersécrétion glaireuse sans aucune tumeur. Par contre, il existe une couronne diffuse d'hémorroïdes internes sans masse humorale.

Sept injections sclérosantes de quinine-urée amènent la guérison.

4^e M. André L..., 44 ans.

Consulte le 17 mars 1939, pour un prolapsus hémorroïdaire intermittent, et quelques hémorragies.

La rectoscopie ne montre rien d'autre qu'un polype très petit, insuffisant à expliquer les hémorragies. De fait, celles-ci s'arrêtent après un traitement par six injections sclérosantes.

5^e Mme H..., 53 ans.

Consulte le 22 octobre 1937, pour un prurit ano-vulvaire.

L'examen général est négatif (ni urémie ni diabète); l'examen local ne décèle aucune dermatose. Toucher rectal et rectoscopie ne montrent qu'une couronne d'hémorroïdes angiomateuse diffuse.

Le traitement sclérosant amène une nette diminution du prurit.

6^e M. Auguste P..., 38 ans.

Consulte le 13 septembre 1938, pour prurit anal et écoulement glaireux.

A l'examen, on découvre de grosses hémorroïdes mixtes et des polypes hémorroïdaires dont on enlève le plus volumineux : on traitera les hémorroïdes ultérieurement.

Revu le 20 janvier 1939 : le prurit persiste. On pratique les injections sclérosantes, et on coagule un polype.

La guérison est alors obtenue.

7^e M. Georges A..., 33 ans.

Consulte le 26 novembre 1937, pour un prolapsus hémorroïdaire permanent.

Il a été opéré des hémorroïdes en 1914, mais présente cependant à l'examen actuel de volumineuses hémorroïdes humorales.

On entreprend le traitement sclérosant. On complète ensuite par les coagulations : une première le 17 février 1938; une deuxième le 11 mars, suivie d'une petite réaction douloureuse; une troisième le 1^{er} avril 1938.

Le malade est revu le 13 mai 1938 en très bon état, le prolapsus réduit, n'éprouvant plus aucun trouble.

8° Mme Eva A..., 50 ans.

Vient le 9 novembre 1934, pour des hémorragies et une tendance au prolapsus.

On découvre des hémorroïdes du type mixte à cheval sur le sphincter.

On traite les hémorroïdes internes par huit injections sclérosantes.

Puis, ultérieurement, on traite les hémorroïdes externes par deux points de coagulation.

La malade est revue un an plus tard, complètement guérie.

CONCLUSIONS

1° Le traitement médical curatif ambulatoire des hémorroïdes s'applique aux hémorroïdes internes.

2° La méthode par les injections sclérosantes sus-hémorroïdaires suivant la technique de Bensaude et ses élèves est le traitement de choix des formes de couronne angiomateuse diffuse sans masse humorale, pour lesquelles elle se montre rapidement efficace, curative et réellement ambulatoire.

3° Pour ce qui concerne les formes d'hémorroïdes en couronne avec quelques masses variqueuses humorales, cette méthode suffit souvent à elle seule. Dans les cas où la cure n'est pas parfaitement obtenue, un traitement diathermique ambulatoire la complètera.

4° Les deux méthodes ambulatoires associées suffisent, dans la majorité des cas, pour le traitement curatif des hémorroïdes internes.

BIBLIOGRAPHIE

- F.-G. BALCH junior. — Injection treatment of internal hemorrhoids (*New England, J. Med.*, 212, 57-60, january 10, 1933).
- BEAUJEAN. — Diagnostic et traitement sclérosant des hémorroïdes (*Bruxelles médical*, n° 32, 11 juin 1933).
- BENSAUDE. — Incidents et complications au cours du traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes (*Journal belge de gastro-entérologie*, janvier 1938).
- BOQUIEN. — Le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 5, 1^{er} mars 1934).
- P. CHÊNE - J. DUBARRY. — Hémorroïdes et traitement sclérosant (*Revue de vulgarisation des sciences médicales*, décembre 1936).
- M. FILIPPI. — Les Contre-indications aux traitements curatifs des hémorroïdes (*Écho méd. du Nord*, 7 mars 1937).
- ROBERT FRIEDMANN. — Traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes (*Archives hospit.*, septembre 1933, n° 5).
- W. FRANKMANN. — Diagnostic and treatment of hemorrhoids and their complications (*Med. Revue*, 144, 2 septembre 1936).
- P. HILLEMAND et R. GAUBE. — Le traitement des hémorroïdes par injections sclérosantes sus-hémorroïdaires (*Bulletin général de thérapeutique*, n° 1, 1937).
- J.-M. MARCHAND. — Les agents physiques dans le traitement des hémorroïdes (*Bulletin général de thérapeutique*, 188, 1937).
- P. OURY et J. DUBOIS. — Les Complications des hémorroïdes et leurs traitements (*Bulletin général de thérapeutique*, 188, 1937).
- J. RACHET. — Le Traitement curatif des hémorroïdes par les méthodes ambulatoires (*Paris Médical*, n° 12, 1^{er} avril 1933).
- Les Hémorroïdes : diagnostic, traitement (*La Pratique Médicale Illustrée*, 1933).

